

Cuotas Mensuales y Pagos al Momento de Servicios

Molina Health Care – Llame sin cargo a 1-888-483-0760

Public Employees Health Program (PEHP) – Llame sin cargo a 1-800-765-7347

Public Employees Dental Program (PEDP) – Llame sin cargo a 1-800-765-7347

Beneficios	Plan A: Su tarjeta de CHIP le dirá qué plan tiene.	Plan B: Su tarjeta de CHIP le dirá qué plan tiene.
Lo Máximo que se gasta Anualmente por Familia (Incluyendo servicios médicos, dentales, recetas y cuotas)	5% del Sueldo anual por Familia	5% del Sueldo anual por Familia
Visita a la oficina del Médico	Usted paga \$3 dólares <i>(No paga nada para servicios preventivos/ exámenes de rutina.)</i>	Usted paga \$15 dólares <i>(No paga nada para servicios preventivos/ exámenes de rutina.)</i>
Vacunas / inmunizaciones y exámenes para niños	El plan paga 100%.	El plan paga 100%.
Servicios de emergencia (Sala de Emergencia)	Usted paga \$3 dólares.	Usted paga \$35 dólares.
Periodo de espera por condiciones pre-existentes	No hay periodo de espera.	No hay periodo de espera.
Farmacia	\$1 por medicamentos recetados que estén listados en el formulario \$3 por medicamentos recetados listados en el non-formulario	\$5 por medicamentos que estén listados en el formulario. 50% de descuento es permitido por medicamentos que estén listados en el non-formulario
Servicios de Laboratorio	Si el coste es menos de 50 dólares usted paga \$1 dólares. Si el coste es más de 50 dólares usted paga \$2 dólares.	Si el coste es menos de 50 dólares usted paga \$5 dólares. El plan paga 90% si es mas de 50 dólares.
Servicios de Rayos X	Si el coste es menos de 100 dólares usted paga \$1 dólares. Si el coste es más de 100 dólares usted paga \$3 dólares.	Si el coste es menos de 100 dólares usted paga 5 dólares. El plan paga 90% si es mas de 100 dólares.
Servicio de hospital ambulatorio	Usted paga \$3 dolares al momento de servicio.	El plan paga 90% de este servicio.
Paciente hospitalizado (Servicio de hospitalizacion)	Usted paga \$3 dólares.	El plan paga 90% de este servicio.
Cirugía (operación)	El plan paga 100% de este servicio.	El plan paga 100% de este servicio.
Servicios de Ambulancia	El plan paga 100% de este servicio.	El plan paga 100% de este servicio.
Equipo y artículos médicos	El plan paga 100% de este servicio.	El plan paga 80% de este servicio.

Los siguientes beneficios son limitados (Hable con un representante de su plan para los requisitos específicos)

Servicios dentales - Limpiezas, exámenes y fluoruro - Sellamientos y rayos x exclusivos - Tapaduras, mantenedores del espacio, pulpatomias, y coronas del acero inoxidable exclusivos. *Los servicios dentales restaurativos son eficaces en fecha de julio el 1 de 2003	El plan paga 100% por limpiezas, exámenes, fluoruro, y sellamientos y rayos x exclusivos. Usted paga \$3 por mantenedores del espacio, tapaduras, extracciones, pulpatomias, y coronas del acero inoxidable exclusivos.	El plan paga 100% por limpiezas, exámenes, fluoruro, y sellamientos y rayos x exclusivos. El plan paga 80% por mantenedores del espacio, tapaduras, extracciones, pulpatomias, y coronas del acero inoxidable exclusivos. (por favor refiérase al libro de PEDP o contacte a PEDP directamente si tiene cualquier pregunta de costos específicos que no estén cubiertos 100%)
Chequeos de audición	El plan paga 30 dólares para un examen de audición. Este servicio esta limitado a una vez al ano por niño.	El plan paga 30 dólares para un examen de audición. Este servicio esta limitado a una vez al ano por niño.
Chequeos de visión	El plan paga 30 dólares para un examen de la vista. Este servicio esta limitado a una vez al ano por niño.	El plan paga 30 por niño para examen de la vista. Este servicio esta limitado a una vez al ano por niño.
Servicios de salud mental y abuso de drogas	Servicio de hospitalización - Usted paga \$3 dólares por cada visita. Limite de 30 visitas por niño por ano. Servicio ambulatorio - Usted paga \$3 dólares por cada visita. Limite de 30 visitas por niño por ano. (Se puede convertir servicios de hospitalización por servicios ambulatorios o servicios ambulatorios por servicios de hospitalización)	Servicio de hospitalización - El plan paga 90% por los primeros 10 días. 50% por los próximos 20 días. Limite de 30 visitas por niño por ano. Servicio ambulatorio - El plan paga 50% de cada visita. Limite de 30 visitas por niño por ano. (Se puede convertir servicios de hospitalización por servicios ambulatorios o servicios ambulatorios por servicios de hospitalización)
Terapia física. Terapia ocupacional. Servicios de quiropráctica	Usted paga \$3 al momento de servicio. El plan esta limitado a 16 visitas por niño por año.	Usted paga \$15 al momento de servicio. El plan esta limitado a 16 visitas por niño por año.

Nota: Si usted tiene preguntas con respecto a los beneficios, hable con un representante de la compañía de seguro que a escogido.

Revised: 7/03